



Lugar y fecha _____

Al Directorio de la Caja de Seguridad Social
para los Psicólogos de la Pcia. de Buenos Aires:
S _____ / _____ D

De mi mayor consideración:

El/la que suscribe : _____

afiliado/a N° _____ nacido/a el _____, DNI N° _____

Título expedido el _____, con fecha de matriculación _____

manifiesta cumplimentar los requisitos establecidos en la Res. A-658/12 (RÉGIMEN DE APORTACIÓN REDUCIDA), integrándose en el Nivel 2 de aportes, reduciendo el mismo según corresponda al período:

Año al 25%	_____
------------	-------

Año al 50%	_____
------------	-------

Año al 75%	_____
------------	-------

Firma del solicitante

Aclaración